

DI VẬT ĐƯỜNG THỞ

GIỚI THIỆU

Hít dị vật khí quản-phế quản (FBA) là tình trạng đe dọa tính mạng do tắc nghẽn đường thở, giảm thông khí và khả năng cung cấp oxy. Dị vật đường thở ở trẻ em có thể nghi ngờ khi có tiền sử nghẹt thở do người lớn chứng kiến (hội chứng xâm nhập). Ngược lại, biểu hiện lâm sàng của FBA không được chứng kiến có thể khó phát hiện và chẩn đoán cần xem xét cẩn thận bệnh sử, đánh giá lâm sàng, và chỉ định hợp lý việc chụp x-quang và nội soi phế quản.

DỊCH TỄ HỌC

FBA là nguyên nhân thường gặp gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em, đặc biệt là ở những trẻ dưới 2 tuổi. Từ năm 2001 đến 2016, có tổng cộng 305.814 ca thương tích không gây tử vong do nghẹt ở trẻ em từ 0 đến 19 tuổi ở Hoa Kỳ. Trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 73% số ca thương tích không gây tử vong, và 75% số ca tử vong do nghẹt thở.

Các loại dị vật thường được hít vào ở trẻ em bao gồm đậu phộng (36 đến 55% tổng số ca dị vật ở xã hội Phương Tây), các loại hạt khác (đặc biệt là dưa hấu ở các nước Trung Đông), bông ngô, hạt thức ăn, các mảnh vỡ đồ chơi. Đồ trang sức, tiếp theo là tiền xu, là những sản phẩm tiêu dùng thường gặp nhất gây hít sặc, với tỉ lệ 30% và 10% tương ứng trong một nghiên cứu.

Phần lớn dị vật hít vào nằm trong phế quản. Dị vật thanh quản và khí quản ít gặp hơn. Trong một loạt các case series về hít dị vật ở trẻ em, vị trí của dị vật như sau:

- Thanh quản – 3%
- Khí quản/carina – 13%
- Phổi phải – 60% (52% ở phế quản chính, 6% ở phế quản thùy dưới và < 1% ở phế quản thùy giữa)
- Phổi trái – 23% (18% ở phế quản chính và 5% ở phế quản dưới)
- Hai bên – 2%

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Biểu hiện của FBA phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn đường thở và vị trí của dị vật, cũng như độ tuổi của trẻ, loại dị vật (đặc biệt là kích thước và thành phần dị vật), và thời gian (điều này thường phụ thuộc vào việc sự kiện đó có được chứng kiến không). Thật không may, biểu hiện muộn là thường gặp: Biểu hiện và chẩn đoán trong vòng 24 giờ sau khi bị dị vật chỉ chiếm 50-60% các trường hợp. Để tránh chẩn đoán chậm trễ và bệnh tật liên quan, cần chỉ số nghi ngờ cao đối với FBA.

Triệu chứng – Trẻ em có biểu hiện suy hô hấp nặng, tím tái, trạng thái tinh thần thay đổi là một trường hợp cấp cứu thật sự cần được nhận biết ngay, hỗ trợ sự sống và nội soi phế quản ống cứng để loại bỏ dị vật.

Thường gặp hơn, trẻ em bị dị vật có biểu hiện tắc nghẽn đường thở một phần. Triệu chứng phổ biến nhất là ho, sau đó là thở nhanh và thở rít. Sự thay đổi thông khí khu trú là manh mối

quan trọng trong chẩn đoán và thường chỉ được phát hiện nếu bác sĩ lâm sàng khám trẻ kỹ lưỡng và ít tiếng ồn xung quanh. Các dấu hiệu không đặc hiệu như ho, khò khè cũng thường gặp. Tam chứng kinh điển ho, khò khè và giảm thông khí là không thường gặp. Khi xem xét 135 trường hợp dị vật đường thở ở trẻ em, tam chứng kinh điển chỉ xuất hiện ở 57% bệnh nhân. Sự hiện diện của tam chứng có độ đặc hiệu cao (96 đến 98%) để chẩn đoán FBA, nhưng độ nhạy thấp (27 đến 43%).

Các triệu chứng của FBA thay đổi tùy theo vị trí dị vật:

- Thanh-khí quản – Dị vật thanh-khí quản không thường gặp (chiếm tỉ lệ 5 đến 17%) nhưng đặc biệt có khả năng đe dọa tính mạng. Triệu chứng bao gồm thở rít, khò khè, tiết nước bọt, khó thở, và đôi khi thay đổi giọng nói. Dị vật ở vị trí này rất có thể xuất hiện tình trạng suy hô hấp cấp tính, phải được giải quyết kịp thời. Dị vật thanh quản hoặc dị vật thâm nhập lớn với cạnh sắc nét cũng có thể gây triệu chứng liên quan đến thực quản.
- Phế quản lớn – Các triệu chứng thường gặp là ho và khò khè. Ho ra máu, khó thở, nghẹt thở, khó thở, suy hô hấp, giảm thông khí, sốt và tím tái cũng có thể biểu hiện. Phế quản gốc bên phải là vị trí phổ biến nhất, tiếp theo là phế quản gốc bên trái và phế quản hai bên.
- Đường hô hấp dưới – Trẻ em mắc dị vật tại vị trí này có thể ít có biểu hiện cấp tính sau giai đoạn đầu.

Tiền sử nghẹt thở - Một đợt nghẹt thở được chứng kiến, được hiểu là đợt ngột xuất hiện ho và/hoặc khó thở và/hoặc tím tái ở một đứa trẻ có tiền sử khỏe mạnh trước đó, có độ nhạy từ 76% đến 92% để chẩn đoán dị vật. Giai đoạn nghẹt thở xảy ra ngay sau đó và kéo dài vài giây đến vài phút. Giai đoạn cấp tính thường tự giới hạn và có thể không có triệu chứng sau đó, điều này không được hiểu sai là dấu hiệu của tình trạng bệnh được giải quyết, vì nó có thể làm chậm chẩn đoán. Trong các trường hợp khác, trẻ vẫn tiếp tục bị suy hô hấp, khò khè và/hoặc ho dai dẳng.

Chẩn đoán muộn – Bệnh nhân xuất hiện vài ngày hoặc vài tuần sau khi hít dị vật thường xuất hiện các triệu chứng do biến chứng liên quan đến dị vật, như nhiễm trùng và phản ứng viêm đường thở. Tỉ lệ biến chứng cao đến 16% và cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân điều trị muộn. Do đó, trẻ có thể bị sốt và có các biểu hiện khác của viêm phổi. Trong trường hợp không có tiền sử xâm nhập, có thể không nghi ngờ đến dị vật. Những bệnh nhân bị dị vật tiềm ẩn có thể cải thiện với liệu pháp điều trị kháng sinh. Tuy nhiên, thâm nhiễm trên x-quang phổi thường không khỏi và viêm phổi tái diễn là thường gặp.

ĐÁNH GIÁ

Trình tự đánh giá và quản lý phụ thuộc vào các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ở thời điểm biểu hiện và xét nghiệm ban đầu. Bệnh nhân bị tắc nghẽn hoàn toàn hoặc tắc nghẽn đường thở tiến triển nên được chuyển đi can thiệp ngay lập tức, trong khi những bệnh nhân ổn định nghi ngờ dị vật cần được đánh giá thêm.

Dị vật đe dọa tính mạng – Nếu một đứa trẻ có biểu hiện tắc nghẽn đường thở hoàn toàn (nghĩa là không thể nói hoặc ho), nên cố gắng vỗ lưng và ép ngực ở trẻ sơ sinh và nghiêm pháp Heimlich ở trẻ lớn hơn. Ngược lại, những can thiệp này nên tránh ở những trẻ có thể nói hoặc ho vì chúng có thể di chuyển dị vật gây tắc nghẽn một phần hoặc hoàn toàn. Vì lý do tương tự, nên tránh móc dị vật “mù” từ miệng.

Các khuyến cáo của AHA liên quan đến biện pháp can thiệp khi bị nghẹn gây ra tình trạng đe dọa tính mạng. Khi dị vật gây tắc nghẽn nằm dưới thanh quản và không di chuyển, theo AHA khuyến cáo, việc đặt nội khí quản có thể cho phép thông khí cho đến khi có thể nội soi phế quản ống cứng. Việc cung cấp oxy và các điều trị hỗ trợ duy trì sự sống cho đến khi nội soi được thực hiện.

Nghi ngờ dị vật – Tất cả trẻ em nghi ngờ dị vật ổn định nên được hỏi bệnh sử và thăm khám, sau đó là chụp x-quang ngực. Những người chăm sóc nên được hỏi cụ thể về tiền sử bị nghẹn trong vài giờ hoặc vài ngày trước khởi phát triệu chứng. Việc thăm khám nên đánh giá thở rít, khò khè, và sự thay đổi thông khí khu trú, có thể mơ hồ và khó phát hiện ở trẻ nhỏ không chịu hợp tác.

Mức nghi ngờ - Mức độ đánh giá phụ thuộc vào sự nghi ngờ lâm sàng với dị vật.

- Chỉ số nghi ngờ trung bình cao
 - Tiền sử xâm nhập, kèm theo bất kỳ triệu chứng nào sau đó hoặc đặc điểm nghi ngờ trên hình ảnh học.
 - Trẻ nhỏ có triệu chứng gợi ý mà không có lời giải thích nào khác, đặc biệt nếu nghi ngờ trên hình ảnh học. Các triệu chứng đáng ngờ bao gồm tím tái, khó thở, khò khè, ho hoặc khó thở đột ngột, và/hoặc giảm thông khí một bên.

Cây phế quản nên được kiểm tra trong tất cả các trường hợp nghi ngờ dị vật mức trung bình-cao, nội soi phế quản ống cứng (hoặc trong một số trường hợp, chụp CT). X-quang ngực không đủ để loại trừ dị vật, chủ yếu do các dị vật thấu quang. Tỷ lệ bệnh tật và tử vong có thể tăng lên nếu đánh giá nội soi phế quản bị trì hoãn. Do đó, nghi ngờ lâm sàng dị vật là bước quan trọng nhất trong chẩn đoán.

- Chỉ số nghi ngờ thấp – Không có đặc điểm nào ở trên. Trong trường hợp này, kết quả chụp x-quang bình thường là đủ để tạm thời loại trừ dị vật. Tuy nhiên, những bệnh nhân như vậy nên được theo dõi sau 2-3 ngày và đánh giá thêm (eg, nội soi phế quản) nếu triệu chứng vẫn còn hoặc tiến triển.

Hình ảnh học – Đối với những bệnh nhân nghi ngờ dị vật không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhưng ổn định, bước đầu tiên trong đánh giá là chụp x-quang ngực. Các bước tiếp theo phụ thuộc vào mức độ nghi ngờ lâm sàng đối với dị vật và có thể chụp CT hoặc các phương thức khác.

Chụp x-quang thông thường – Bước đầu tiên là đánh giá bằng x-quang ngực, với phim chụp sau trước và phim bên (hoặc tư thế nằm), các hình ảnh thì hít vào và thở ra nếu được. Độ nhạy của chụp x-quang để phát hiện dị vật phụ thuộc vào vật thể có radiopaque hay không và

mức độ tắc nghẽn đường thở. Nếu vật radiopaque (khoảng 10% dị vật), chẩn đoán dễ dàng được đưa ra. Tuy nhiên, hầu hết các dị vật ở trẻ em là radiolucent (eg, các loại hạt, hạt thức ăn) và không phát hiện được trên x-quang. Do đó, x-quang bình thường không loại trừ dị vật, và tiền sử lâm sàng là yếu tố chính để quyết định xem là có nội soi phế quản hay không.

Ở trẻ em dị vật đường thở dưới, các phát hiện trên phim x-quang thường gặp nhất là:

- Ứ khí – Do tắc nghẽn đường thở một phần với bẫy khí, làm không khí vào được nhưng không ra được.
- Xẹp phổi – Điều này thường do tắc nghẽn hoàn toàn đường thở.
- Đẩy lệch trung thất – Trung thất có xu hướng bị đẩy lệch về phía đối diện với dị vật.
- Viêm phổi – Nhiễm trùng thường phát triển khi đường thở bị tắc. Do đó, có thể thấy biểu hiện thâm nhiễm.

Áp xe phổi và giãn phế quản là những biểu hiện muộn của dị vật tắc nghẽn đường thở.

Nếu nghi ngờ dị vật khí quản-thanh quản dựa vào triệu chứng (thở rít, thở khò khè, khó thở và đôi khi là khàn giọng), nên tiến hành chụp x-quang vùng cổ. Bao gồm phim chụp sau trước và phim chụp nghiêng, với cánh tay và vai giữ thấp ra sau để tối ưu hóa hình ảnh của thanh quản và khí quản. Kể cả các dị vật radiolucent, những phim này có thể gợi ý chẩn đoán nếu cho thấy mật độ hoặc nề dưới nắp thanh môn.

Hình ảnh học nâng cao – CT hoặc MRI là những lựa chọn khả thi cho những bệnh nhân không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhưng ổn định, những người có x-quang bình thường hoặc không thể kết luận nhưng vẫn nghi ngờ dị vật trên lâm sàng. Tuy nhiên, cận lâm sàng này chỉ hữu ích nếu người đọc phim đánh giá rằng hình ảnh âm tính đủ để loại trừ nội soi phế quản. Trong hầu hết các trường hợp, những bệnh nhân như vậy tiến hành trực tiếp nội soi phế quản mà không cần thực hiện các cận lâm sàng này.

Nội soi phế quản – Cây khí phế quản nên được kiểm tra trong mọi trường hợp chỉ số nghi ngờ dị vật trung bình hoặc cao, thường sử dụng nội soi ống cứng để có thể lấy dị vật ra một cách an toàn. Nội soi ống mềm thay vì ống cứng có thể được dùng cho mục đích chẩn đoán trong trường hợp không rõ ràng hoặc nếu đã biết dị vật nhưng vị trí dị vật không rõ ràng. Trong trường hợp này, hầu hết các trung tâm cũng sắp xếp để có sẵn ống soi cứng chế độ chờ vì đây là phương pháp được lựa chọn để loại bỏ dị vật.

ĐIỀU TRỊ

Khi chẩn đoán dị vật được đưa ra dựa vào hình ảnh học và/hoặc nội soi ống mềm, dị vật nên được loại bỏ càng sớm càng tốt.

Lấy dị vật – Nếu dị vật đã biết hoặc rất nghi ngờ, nội soi phế quản ống cứng là thủ thuật được lựa chọn để xác định và lấy dị vật. Nội soi phế quản thành công trong việc loại bỏ dị vật trong khoảng 95% các trường hợp, với tỉ lệ biến chứng dưới 1%.

Biến chứng – Khi chẩn đoán dị vật sớm ngay sau biểu hiện, thường ít có tổn thương đối với đường thở hoặc nhu mô phổi. Các biến chứng như xẹp phổi, viêm phổi sau tắc nghẽn hoặc

giãn phế quản có thể phát triển nếu chẩn đoán bị trì hoãn. Dị vật có thể gây nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát dẫn đến giãn phế quản trong 25% các trường hợp dị vật xuất hiện từ 30 ngày trở lên. Biến chứng nên được điều trị sau khi loại bỏ dị vật. Nuôi cấy dịch rửa trong quá trình nội soi để định hướng lựa chọn kháng sinh ban đầu trong điều trị các vùng giãn phế quản bị nhiễm trùng. Việc chẩn đoán không ra dị vật cũng có thể gây ra các biến chứng do dùng phương pháp điều trị không phải chỉ định, như steroid, kháng sinh hoặc thuốc giãn phế quản.

NT HN